



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

BONUS CAREGIVER

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI
ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DEI **DISABILI GRAVI**

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Rec. Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai
caregiver familiari svolto in favore di _____

nato a _____ Il _____ e residente
a _____ in via _____

ricosciuto disabile grave ai sensi dell' art. 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm. o soggetto
in possesso della certificazione di invalidità, ai sensi della legge n. 18 dell'11 febbraio 1980, al
100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto
permanente di un accompagnatore.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della
responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in
atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

1. Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 (indicare il grado di parentela) _____
2. che il disabile grave possiede la certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3 o la certificazione di invalidità ai sensi della legge 18/1980 col punteggio di 100% e il

riconoscimento della impossibilità a svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore;

3. Che il caregiver assicura attività di cura e assistenza alla persona assistita

Allega alla presente:

- Copia documento di identità o di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del caregiver

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" i seguenti documenti:

- Copia del verbale di disabilità grave (art. 3, c. 3 L.104/92) e/o verbale di invalidità con diagnosi del soggetto a cui presta la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
- Dichiarazione sulle attività di cura e assistenza svolte dal caregiver a favore del disabile;
- Dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo (Allegato A).

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sig./La sig.ra _____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

IL RICHIEDENTE
